

Absender (z.B. Unternehmensstempel)	<b>Anzeige für den Betrieb von Anlagen zur Anwendung nichtionisierender Strahlung am Menschen zu kosmetischen oder sonstigen nichtmedizinischen Zwecken</b>  Anzeige nach § 3 Absatz 3 NiSV
Bei einer gewünschten Anzeige von <b>mehr als einer Anlage</b> bitte <b>ein Formular je Anlage</b> ausfüllen!	

**1. Angaben des Betreibers** (Fachkunden sind erst ab 31.12.2021 verpflichtend beizufügen)

	Name des Betriebes:	
	Straße mit Hausnummer :	
	Postleitzahl und Ort :	
<b>1a. Es handelt sich um eine abweichende Adresse des Hauptstandortes der Firma/ des Betreibers (z.B. eine Filiale, Zweigstelle)?</b>		
	Ja	Nein

**2. Angaben zu Geschäftsführer/in oder Inhaber/in** (für die Kontaktaufnahme bei Nachfragen)

	Name:	
	Vorname:	
	Telefonnummer:	
	E-Mail-Adresse:	

**3. Art der Anlage oder des Kombinationsgerätes nach § 2 Absatz 1 NiSV**  
Bei Kombinationsgeräten bitte alle Komponenten bzw. Wirkungsweisen angeben, die bei dem Gerät zur Verfügung stehen! (Im Zweifelsfall erfragen Sie diese Information beim Hersteller der Anlage/des Gerätes)

	<b>Ultraschallgerät</b>	<b>Hochfrequenzgerät</b>
	<b>Lasereinrichtung</b>	<b>Niederfrequenzgerät</b>
	<b>Intensive Lichtquelle</b>	<b>Gleichstromgerät</b>
	<b>Magnetfeldgerät</b>	

**3a. Verwendungszweck und Anwendungen der Anlage**  
Bitte beschreiben Sie die beabsichtigten Anwendungen, die Sie mit der Anlage durchführen

--	--	--	--

Fällt eine oder mehrere Anwendungen unter den Arztvorbehalt? (vgl. Checkliste S. 2)	Ja	Nein
---	----	------

**3b. Beschreibung der Anlage** \* Diese Angaben finden Sie auf dem Typenschild

	Bezeichnung* (Modell, Typ, ggf. Baujahr):	
	Hersteller*:	
	Seriennummer/Serial No.*:	
	Aufstellungsort: (z.B. Raum/mobil)	

Ort, Datum	Unterschrift des Betreibers
------------	-----------------------------

## Checkliste Anwendungen

Welche Anwendungen werden durchgeführt?	nein	ja <sup>1</sup>
➤ Ablative Laseranwendungen (Abtragung von Gewebeschichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Anwendungen, bei denen die Integrität der Epidermis (Oberhaut) als Schutzbarriere verletzt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Behandlung von Gefäßveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Behandlung pigmentierter Hautveränderungen (z.B. Leberflecke, Muttermale, Altersflecke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Entfernung von Tätowierungen oder Permanent-Makeup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Anwendungen mit optischer Strahlung, deren Auswirkungen nicht auf die Haut und ihre Anhangsgebilde beschränkt ist (z.B. Fettgewebereduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ thermische Gewebekoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Anwendungen zur thermischen Fettgewebereduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Stimulation des zentralen Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**<sup>1</sup>Hinweis!** Diese Tätigkeiten dürfen nur von approbierten Ärztinnen oder Ärzten mit entsprechender ärztlicher Weiterbildung oder Fortbildung ausgeübt werden. (§ 5 Abs. 2, § 6 Abs. 2, § 8 NiSV)

**ACHTUNG!** Bei der Anwendung von Ultraschallgeräten an schwangeren Personen zu nicht-medizinischen Zwecken darf ein Fötus nicht exponiert werden, z.B. : "Babykino". (§ 10 NiSV)